

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Komunikasi merupakan aktivitas dasar manusia. Dengan berkomunikasi, manusia dapat saling berhubungan satu sama lain baik dalam kehidupan sehari-hari seperti dalam kehidupan rumah tangga, kehidupan bermasyarakat seperti di tempat-tempat umum seperti pasar, sekolah, stasiun dan lain-lain.

Aktivitas komunikasi dapat terjadi dimana saja, dan setiap manusia pasti melakukan aktivitas komunikasi karena tidak ada manusia yang tidak terlibat dalam komunikasi. Sebagai makhluk sosial manusia senantiasa ingin berhubungan dengan manusia lainnya. Ia ingin mengetahui lingkungan sekitarnya, bahkan ingin mengetahui apa yang terjadi dalam dirinya.

Rasa ingin tahu ini memaksa manusia perlu untuk melakukan aktivitas komunikasi. Dalam hidup bermasyarakat, orang yang tidak pernah berkomunikasi dengan orang lain niscaya akan terisolasi dari masyarakatnya, pengaruh keterisolasian ini akan menimbulkan depresi mental yang pada akhirnya akan membawa orang kehilangan keseimbangan jiwanya.

Menurut Dr. Everett Kleinjan dari *East West Center Hawaii* dalam (Cangara 1998:1), mengatakan bahwa komunikasi sudah merupakan bagian kekal dari kehidupan manusia seperti halnya bernafas. Sepanjang manusia ingin hidup, maka ia perlu berkomunikasi. Masyarakat yang senantiasa selalu berkomunikasi maka terjadilah keseimbangan dalam hidupnya. Peristiwa komunikasi dapat terjadi dimana saja selama dalam tempat tersebut terdapat manusia lainnya.

Dalam kebanyakan peristiwa komunikasi yang berlangsung, hampir selalu melibatkan penggunaan lambang-lambang verbal dan nonverbal secara bersama-sama. Keduanya, bahasa verbal dan nonverbal, memiliki sifat *holistic*, bahwa masing-masing tidak dapat saling dipisahkan.

Ketika kita menyatakan terima kasih (bahasa verbal), kita melengkapinya dengan tersenyum (bahasa nonverbal). Sifat manusia untuk menyampaikan keinginannya dan untuk mengetahui hasrat orang lain, merupakan awal keterampilan manusia berkomunikasi secara otomatis melalui lambang-lambang isyarat, kemudian disusul dengan kemampuan untuk memberi arti setiap lambang-lambang itu dalam bentuk bahasa verbal.

Kita setuju terhadap pesan yang disampaikan orang lain dengan anggukan kepala (bahasa nonverbal). Dua peristiwa tersebut merupakan contoh bahwa bahasa verbal dan nonverbal bekerja secara bersama-sama

dalam menciptakan makna suatu perilaku komunikasi (Sendjaja, 2005:225).

Peristiwa komunikasi tidak mengenal tempat, dimana saja kita bisa melakukan aktivitas komunikasi dan aktivitas komunikasi dapat terjadi pada siapa saja, seperti komunikasi yang terjadi antara dokter dengan pasien. Seorang dokter memegang pengaruh penting bagi kesehatan seorang pasien, karena seorang dokter lebih memahami mengenai ilmu kedokteran dibandingkan dengan orang awam yang tidak belajar mengenai dunia kedokteran.

Di dalam profesi dunia kedokteran, komunikasi antara dokter dengan pasien merupakan sebuah kompetensi yang harus dikuasai oleh seorang dokter, kompetensi inilah yang menentukan keberhasilan seorang dokter dalam membantu masalah kesehatan pasien. (Konsil Kedokteran Indonesia, 2006:1).

Seorang dokter harus benar-benar memahami betul apa yang menjadi keluhan dari pasien tersebut, oleh sebab itu komunikasi antara dokter dengan pasien sangat diperlukan dalam hal ini. Biasanya komunikasi yang terjadi antara dokter dengan pasien terbilang singkat, dokter hanya menanyakan seperlunya saja, tidak ada waktu yang cukup untuk mereka saling berbincang-bincang, padahal perbincangan diantara keduanya sangat bermanfaat bagi dokter untuk dapat memahami lebih dalam apa yang menjadi keluhan atau penyakit yang dialami oleh pasien.

Untuk dapat berbincang lebih dalam kepada pasien memang bukan hal yang mudah sebab tidak mudah bagi dokter untuk menggali keterangan dari pasien karena memang tidak bisa diperoleh begitu saja. Perlu dibangun hubungan saling percaya yang dilandasi keterbukaan, kejujuran dan pengertian akan kebutuhan, harapan, maupun kepentingan masing-masing.

Terbangunnya hubungan saling percaya diantara keduanya, pasien dengan leluasa akan memberikan keterangan yang benar dan lengkap sehingga dapat membantu dokter dalam mendiagnosis penyakit pasien secara baik dan memberi obat yang tepat bagi pasien.

Di Indonesia, sebagian dokter merasa tidak mempunyai waktu yang cukup untuk berbincang-bincang dengan pasiennya, sehingga hanya bertanya seperlunya. Akibatnya, dokter bisa saja tidak mendapatkan keterangan yang cukup untuk menegakkan diagnosis dan menentukan perencanaan dan tindakan lebih lanjut. Dari sisi pasien, umumnya pasien merasa dalam posisi lebih rendah di hadapan dokter (*superior-inferior*), sehingga takut bertanya dan bercerita atau hanya menjawab sesuai pertanyaan dokter saja (Konsil Kedokteran Indonesia, 2006:1).

Komunikasi yang baik dan berlangsung dalam kedudukan setara (tidak *superior-inferior*) sangat diperlukan agar pasien mau atau dapat menceritakan sakit atau keluhan yang dialaminya secara jujur dan jelas. Komunikasi efektif mampu mempengaruhi emosi pasien dalam pengambilan keputusan tentang rencana tindakan selanjutnya, sedangkan

komunikasi tidak efektif akan mengundang masalah (Konsil Kedokteran Indonesia, 2006:1).

Dokter juga merupakan seorang manusia yang memiliki keterbatasan begitu pula dengan pasien yang juga bukan sekedar objek. Dokter perlu menjelaskan kondisi dan tindakan medis yang dilakukan pada tubuh pasien. Karena itu komunikasi yang baik adalah unsur penting dalam proses penyembuhan pasien. Sayangnya, komunikasi dua arah seringkali tidak terjalin dalam hubungan dokter dan pasiennya (Kompas, 30 Juli 2010)

Pasien seolah menjadi takut untuk bertanya dan tak bisa dipungkiri masih banyak dokter yang tidak bersedia memperlakukan pasien sebagai konsumen jasa pelayanan kesehatan. Masih banyak oknum dokter yang bersikap arogan dan terkesan tak mau mendengar pendapat pasiennya.

Di berbagai tempat, mayoritas penyebab masalah antara dokter dan pasien disebabkan karena salah informasi yang menyebabkan salah interpretasi. Memang kesalahan dalam praktik medis tidak mungkin dihilangkan, karena manusia bukanlah mesin dan tidak pernah ada kasus pasien yang benar-benar identik. Meskipun dalam beberapa tahun terakhir ini sudah ada upaya dari kalangan dokter sendiri untuk memperbaiki komunikasi dokter-pasien, namun sebagai pasien kita juga wajib mengetahui apa saja yang menjadi hak kita sebagai pasien dan membekali diri dengan informasi sehingga tidak harus selalu bersikap pasrah (Kompas, 30 Juli 2010).

Bila merasa ragu dengan keputusan dokter, pasien berhak mencari pendapat kedua dari dokter lain."Pasien yang aktif bertanya dan menyampaikan pendapat serta kekhawatirannya akan sangat membantu dokter untuk memahami pasien dan penyakitnya. Selama ini terdapat perbedaan yang besar antara apa yang diyakini pasien tentang penyakitnya dengan apa yang dokter ketahui," kata Richard Street Jr, seorang ahli komunikasi dari Texas A&M University, Amerika Serikat (Kompas, 30 Juli 2010).

Upaya lebih untuk meningkatkan kemampuan komunikasi dokter menjadi semakin penting. Belum optimalnya aspek komunikasi dokter dan pasien menjadi salah satu persoalan praktik kedokteran sehingga menimbulkan banyak pengaduan. Hal itu mengemuka dalam Seminar Forum Komunikasi Rumah Sakit dalam Rangka Pembinaan Praktik Kedokteran yang Baik, di Jakarta, Rabu (29/5). Wakil Ketua Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) Sabir Alwy mengatakan, "MKDKI menerima 208 pengaduan selama tahun 2006 hingga Mei 2013, sebanyak 59 persen pengaduan berkaitan dengan masalah komunikasi" (Kompas, 30 Mei 2013)

"Permasalahan yang paling banyak diadukan adalah komunikasi, selain soal dokter ingkar janji, penelantaran, pembiayaan, standar pelayanan, dan lainnya. Terkait komunikasi, pasien mengeluh soal dokter yang lebih banyak diam dan tidak memberikan penjelasan, penggunaan istilah kedokteran yang tidak dipahami, hingga *miscommunication* antara dokter dan pasien," ujarnya (Kompas, 30 Mei 2013).

Komunikasi yang tidak efektif antara dokter dengan pasien ternyata dapat memicu rasa stres pada pasien, hal ini dapat terjadi karena kadang pasien merasa yang diucapkan atau dilontarkan oleh dokter, membuat pasien merasa tidak nyaman atau terkadang ada dokter yang bersifat arogan sehingga membuat pasien tidak leluasa dalam bertanya atau mengungkapkan sesuatu terhadap dokter, karena dokter yang arogan biasanya tidak mau menerima saran atau pendapat dari pasien.

Dokter yang cenderung memiliki sifat arogan, menganggap bahwa dirinya lebih tahu mengenai masalah medis dibandingkan pasien yang notabene tidak memiliki pengetahuan medis, padahal terkadang dokter dapat membuat kesalahan dalam mendiagnosa penyakit pasien. Dijelaskan secara gamblang bahwa tidak mudah bagi dokter menjadi “terapis” untuk pasiennya. Begitu juga pasien dan dokter sendiri harus menyadari bahwa pengeluaran emosi yang tidak tepat malah akan memperburuk kondisi psikologis pasien.

Hal ini belum lagi jika ternyata dokter tidak mempunyai latar belakang pendidikan di bidang ilmu perilaku dan kognitif, sehingga melakukan komunikasi untuk mengeluarkan emosi pasien tanpa dasar ilmu yang kuat. Sering kita melihat banyak praktisi yang bukan seorang ahli di bidang kesehatan jiwa ataupun di bidang ilmu perilaku merasa mampu untuk memberikan terapi untuk pasien-pasien (Kompas, 26 Agustus 2011).

Dasar ilmu yang tidak ada atau minim tidak akan cukup untuk menjalani peran sebagai seorang terapis. Dalam proses komunikasi pasien

ke terapisnya bukanlah hanya mengungkit semua masalah, namun kemudian membiarkannya begitu saja. Perlu suatu pemahaman yang baik tentang bagaimana menangani itu semua, bukan hanya membiarkannya keluar dan membiarkannya berantakan begitu saja. Emosi yang telah dikeluarkan namun tidak tertangani dengan baik akan sangat berbahaya buat pasiennya sendiri (Kompas, 26 Agustus 2011).

Seorang dokter yang notabene menghadapi pasien yang memiliki sakit parah harus selalu bisa memberikan rasa aman kepada pasien agar pasien tidak merasa stres, karena rasa stres yang dialami oleh pasien berpengaruh kuat terhadap penyakit yang diderita seorang pasien. Komunikasi verbal dan nonverbal yang diperlihatkan kepada pasien sangatlah penting, karena dari ekspresi atau perkataan yang dikatakan oleh dokter inilah yang dibaca oleh pasien.

Semua orang menyadari bahwa dunia penuh dengan ketidakpastian, kecuali kematian, yang meskipun demikian juga tetap mengandung ketidakpastian di dalamnya, antara lain mengenai: kapan, karena apa kematian itu terjadi. Ketidakpastian tersebut mengakibatkan adanya risiko (yang merugikan) bagi pihak-pihak yang berkepentingan (Djojosoedarso, 1999: 1).

Seperti halnya keputusan yang diberikan dokter kepada pasien, dalam hal ini dokter harus benar-benar bisa memahami apa yang dirasakan oleh pasien agar tidak terjadi kesalahan dalam mendiagnosa penyakit pasien, karena terdapat risiko yang besar apabila dokter salah

dalam mendiagnosa penyakit pasien. Apalagi bila pasien tersebut memiliki riwayat penyakit yang tergolong parah. Risiko nyawa menjadi tanggung jawab dokter apabila sampai membuat pasien tersebut kehilangan nyawa atau bertambah parah sakit yang dideritanya.

Dalam beberapa hari terakhir media massa menyiarkan pemberitaan terkait dugaan malpraktek di sejumlah rumah sakit di Indonesia. Kasus tersebut mencuat ketika para keluarga korban melaporkan kejadian yang dialami ke Komisi IX DPR RI yang dilanjutkan dengan pertemuan di ruang rapat komisi bersama Kementerian Kesehatan RI, Ikatan Dokter Indonesia, Konsil Kedokteran Indonesia, dan pimpinan rumah sakit dimana kasus tersebut terjadi. Tuntutan keluarga korban tidak hanya ditujukan bagi pihak rumah sakit namun lebih kepada penanganan yang dilakukan oleh pihak dokter terhadap pasien. Dari mulai tuduhan kesalahan diagnosa, kesalahan penanganan, hingga hal-hal yang bersifat administrasi di rumah sakit. Beberapa kasus di antaranya mengakibatkan kematian dan ada pula yang mengakibatkan kecacatan (Kompasiana, 2 Maret 2013).

Secara harfiah malpraktik terdiri dari dua kata yaitu “mal” yang berarti “salah” dan “praktik” yang berarti “pelaksanaan” atau “tindakan” sehingga “malpraktik” berarti “pelaksanaan atau tindakan yang salah”. Jika melihat pengertian harfiah tersebut, kata “malpraktik” bisa dikenakan kepada siapa yang melakukan tindakan atau pelaksanaan atas dasar keahliannya, dengan kata lain istilah malpraktik lebih melekat kepada kalangan profesional, sehingga oleh beberapa ahli bahasa lebih banyak

yang menggunakan istilah “*professional misconduct*” (Kompasiana, 2 Maret 2013)

Dalam Coughlin’s Dictionary of Law menyatakan: “*Professional misconduct on the part of a professional person, such as a physician, engineer, lawyer, accountant, dentist, veterinarian. Malpractice may be the result of ignorance, neglect, or lack of skill or fidelity in the performance of professional duties, intentional wrongdoing, or illegal or unethical practice*”.

Malpraktik adalah “sikap tindak professional yang salah dari seorang profesi, seperti dokter, insinyur, ahli hukum, akuntan, dokter gigi, dokter hewan. Malpraktik bisa diakibatkan karena sikap tindak yang bersifat tidak peduli, kelalaian, atau kekurangan keterampilan atau kurang kehati-hatian di dalam melaksanakan kewajiban profesinya, tindakan salah yang disengaja atau praktik yang bersifat tidak etis”. (Kompasiana, 2 Maret 2013).

Dalam pemaparan di atas tentang malpraktik, ada istilah lain yang masyarakat belum memahami, atau bahkan tenaga medis sendiripun belum paham mengenai istilah yang terjadi dalam pelayanannya. Ada yang dikenal dengan risiko tindakan medis (*medical risk*) yang memiliki makna sangat luas. Risiko medik terbangun dari kata “Risiko” dan “Medik”. Risiko sendiri berasal dari kata “risk” yang dalam bahasa Inggris berarti “*The possibility of something bad happening at some time in the future; a situation that could be dangerous or have a bad result*” (Wehmeir 18: 2005) atau kemungkinan terjadinya sesuatu yang tidak baik di kemudian hari; situasi yang dapat membahayakan atau mempunyai hasil yang tidak baik (Kompasiana, 2 Maret 2013).

Risiko tindakan medis dapat terjadi dalam setiap rangkaian proses pengobatan, seperti pada penegakan diagnosis, saat dilakukan operasi, penentuan obat dan dosisnya, pasca operasi dan lain sebagainya. Risiko medis juga dapat terjadi di semua tempat dilakukannya pengobatan: di rumah sakit, klinik, praktik dokter, apotik, di rumah pasien, di tempat umum (pada kegiatan imunisasi, bakti social, misalnya) dan lain-lain. (Amir Hamzah Pane, dalam Kompasiana 2 Maret 2013).

Bentuk risiko medis bermacam-macam, seperti : Kesalahan medis (*medical error, preventable medical error*), Kecelakaan medis (*medical accident, medical misadventure* atau *medical mishap*), Kelalaian medis (*medical negligence*), *Adverse event, adverse incident*, dan lain sebagainya. Dalam beberapa literatur berkenaan dengan “*medical risk*”, diketahui ada perbedaan antara risiko relatif (*relative risk*) dan risiko mutlak (*absolute risk*). Risiko relatif tindakan medis artinya risiko itu bersifat individual dan tidak diperkirakan sebelumnya, sedangkan risiko mutlak bersifat umum, artinya semua orang yang mendapatkan tindakan medis itu akan mendapatkan risiko yang sama dan sudah diperkirakan sebelumnya. Risiko relatif dicontohkan dengan orang yang tanpa diketahui sebelumnya ternyata tidak tahan dengan suntikan antibiotic penicillin sehingga menyebabkan reaksi anafilaktik (alergi anafilaktik). Risiko mutlak misalnya rontoknya rambut setelah seseorang menjalani kemoterapi kanker (Kompasiana, 2 Maret 2013).

Dalam perspektif hukum, risiko medis yang dapat dikualifikasikan sebagai malpraktik medis atau *medical negligence* adalah yang disebabkan

medical violation (timbul akibat penyimpangan standar prosedur tindakan medis) dan *medical recklessness* (timbul akibat kecerobohan dalam melakukan tindakan medis). Dalam perspektif medis, para dokter tidak dapat disalahkan jika terjadi *medical error*, *preventable medical error*, *medical accident*, atau *medical mishap*. Hal-hal ini terjadi diluar kemampuan dan pengetahuan dokter. Dokter sudah melakukan segala sesuatunya dengan benar dan adequate sesuai standar pelayanan (SOP) yang disesuaikan juga dengan kondisi dan situasi fasilitas pelayanan. Prinsip pelayanan kedokteran ditekankan kepada upaya (*inspannings verbintenissen*) bukan pada hasilnya (*resultans verbintenissen*). Sehingga dalam sumpah dokter dilafazkan “*Saya akan berikhtiar dengan sungguh sungguh supaya saya tidak terpengaruh oleh pertimbangan keagamaan, kebangsaan, kesukuan, gender, politik, kedudukan sosial dan jenis penyakit dalam menunaikan kewajiban terhadap pasien*”. Ikhtiar berarti upaya yang dilakukan dengan sungguh-sungguh dan dengan mengutamakan kepentingan pasien (Kompasiana 2 Maret 2013).

Tahun 2013 ini dikejutkan dengan aksi dokter dihampir seluruh daerah di Indonesia yang melakukan demo besar-besaran, hal ini terkait dengan penangkapan seorang dokter yang ditetapkan tersangka oleh Mahkamah Agung. Nama dr Ayu menggema belakangan. Dokter bernama lengkap Dewa Ayu Sasiary Prawan (38) ini diperkarakan setelah melakukan operasi caesar terhadap pasien. Dua dokter kandungan satu tim dengan dokter Ayu juga dijerat kasus yang sama (Detik News 25 November 2013).

Bagaimana cerita kasus yang berujung bui ini? Pada 10 April 2010, dr Ayu, dr Hendry Siagian, dan dr Hendry Simanjuntak yang saat itu bertugas di RS Kandou Manado ini menangani pasien bernama Julia Fransiska Makatey (26). Oleh tim medis, proses persalinan anak kedua Julia dianggap tidak lancar dan membahayakan. dr Ayu dan koleganya segera melakukan operasi caesar darurat (Detik News 25 November 2013).

Jabang bayi bisa dikeluarkan dan selamat, tapi kondisi Julia memburuk. 20 menit kemudian, ia meninggal. Merasa ada kegagalan, keluarga Julia melapor ke polisi. Mereka beralasan Julia tidak mendapatkan penanganan yang seharusnya. Dokter dituding melakukan pembiaran karena tidak segera menangani Julia. Kasus tersebut diproses polisi. 8 Bulan kemudian, atau Desember 2010, dr Ayu datang ke keluarga Julia sebagai bentuk empati (Detik News 25 November 2013).

Bersama tim medis, ia meminta pihak keluarga Julia menandatangani surat agar tidak melanjutkan kasusnya, tapi keluarga menolak. Dugaan malpraktik itu bergulir dari polisi ke kejaksaan dan akhirnya ke pengadilan. Pada 15 September 2011, Hakim Pengadilan Negeri Manado menuntut dr Ayu, dr Hendry Siagian, dan dr Hendry Simanjuntak dengan 10 bulan penjara (Detik News 25 November 2013).

Namun di akhir sidang, ketiganya divonis bebas. Oleh hakim, kematian Julia disimpulkan karena gangguan di peredaran darah pasca kelahiran. Jaksa tidak terima atas vonis itu. Mereka mengajukan kasasi ke

MA dan dikabulkan. Pada 18 September 2012, dr Ayu dan koleganya ditetapkan sebagai Daftar Pencarian Orang (DPO). Atas putusan MA, dr Ayu ditangkap di tempat praktiknya, RSIA Permata Hati, Balikpapan, Kaltim, Jumat, 8 Nopember 2013 lalu (Detik News 25 November 2013).

Dr Ayu dibawa ke Manado dan dijebloskan ke Rutan Malendeng. Eksekusi putusan MA ini memicu aksi dokter di sejumlah daerah. Kasus tersebut dikhawatirkan membuat dokter ragu atau tidak bisa mengambil keputusan darurat saat menangani pasien. Hari ini, Senin (25/11), satu kolega dr Ayu, dr Hendry Simanjuntak, ditangkap di Medan Sumatera Utara. Ia menyusul dr Ayu, ditempatkan di Rutan Malendeng. Kini hanya tersisa dr Hendry Siagian yang masih buron. (Detik News 25 November 2013).

Majelis hakim kasasi memvonis Dewa Ayu Sasiary serta dua rekannya, Hendy Siagian dan Hendry Simanjuntak, bersalah saat menangani Julia Fransiska Maketey. Julia akhirnya meninggal saat melahirkan.

Berikut ini pertimbangan majelis kasasi seperti yang tercantum dalam putusan yang dirumuskan dalam sidang 18 September 2012 adalah pertama: Julia dinyatakan dalam keadaan darurat pada pukul 18.30 Wita, padahal seharusnya dinyatakan darurat sejak ia masuk rumah sakit pada pagi hari, kedua: sebagian tindakan medis Ayu dan rekan-rekannya tidak dimasukkan ke rekam medis, ketiga: Ayu tidak mengetahui pemasangan infus dan jenis obat infus yang diberikan kepada korban.

keempat : Meski Ayu menugasi Hendy memberi tahu rencana tindakan kepada pasien dan keluarganya, Hendy tidak melakukannya. Ia malah menyerahkan lembar persetujuan tindakan yang telah ditandatangani Julia kepada Ayu, tapi ternyata tanda tangan di dalamnya palsu. Kelima:. Tidak ada koordinasi yang baik dalam tim Ayu saat melakukan tindakan medis. Keenam: tidak ada persiapan jika korban mendadak mengalami keadaan darurat. (Tempo 27 November 2013).

Protes terhadap putusan kasasi Mahkamah Agung (MA) yang menjatuhkan hukuman 10 bulan penjara kepada dr. Ayu dalam kasus malpraktik, jadi alasan aksi mogok kerja para dokter. Perkumpulan Obstetri Ginekologi Indonesia (POGI) menilai putusan itu janggal secara hukum. Apa kejanggalannya? "Di dalam pasal 244 KUHP dinyatakan apabila sebuah putusan bebas murni tidak boleh dikasasi," ujar dr. Nurdadi, ketua POGI (Metrotvnews 30 November 2013).

Ini disampaikan dalam diskusi Polemik Sindo bertajuk "Dokter juga Manusia". Diskusi berlangsung di Warung Daun, Cikini, Jakarta Pusat, Sabtu (30/11/2013). Vonis pengadilan tingkat pertama di PN Manado, menyatakan dr. Ayu bebas murni dari kasus malpraktek saat melakukan operasi yang menyebabkan meninggalnya seorang pasien melahirkan. Vonis sejalan dengan putusan Majelis Kehormatan Etik Kedokteran. Pasal 244 KUHP berbunyi "“Terhadap putusan perkara pidana yang diberikan pada tingkat terakhir oleh pengadilan lain selain daripada Mahkamah Agung, terdakwa atau Penuntut Umum dapat mengajukan permintaan pemeriksaan kasasi kepada Mahkamah Agung

kecuali terhadap putusan bebas”. Bila merujuk aturan tersebut, maka seharusnya tidak ada upaya banding terhadap vonis PN Manado (Metro tv news 30 November 2013).

Wajar bila Ketua POGI dr. Nurdadi menyebut jangan MA memberi putusan kasasi dan para sejawat dr. Ayu menyebut terjadi kriminalisasi terhadap dokter. Namun perlu diingat ada aturan lain yang dirujuk oleh jaksa, yaitu butir ke-19 Keputusan Menteri Kehakiman No. M.14-PW.07.03/1983 tentang Tambahan Pedoman Pelaksanaan KUHAP (TPP KUHAP). Isinya berbunyi “Terhadap putusan bebas tidak dapat dimintakan banding; tetapi berdasarkan situasi dan kondisi, demi hukum, keadilan dan kebenaran, terhadap putusan bebas dapat dimintakan kasasi” (Metro tv news 30 November 2013).

Putusan Mahkamah Konstitusi (MK) tertanggal 28 Maret 2013 juga menghapus frasa, “kecuali terhadap putusan bebas” karena bertentangan dengan konstitusi dan maka tidak lagi mempunyai kekuatan hukum mengikat. Sehingga bunyi Pasal 244 UU 8/1981 kini “Terhadap putusan perkara pidana yang diberikan pada tingkat terakhir oleh pengadilan lain selain daripada Mahkamah Agung, terdakwa atau Penuntut Umum dapat mengajukan permintaan pemeriksaan kasasi kepada Mahkamah Agung” (Metro tv news 30 November 2013).

Berikut ini beberapa poin penting yang menjadi perdebatan soal ada atau tidak malpraktek dalam kasus dokter Ayu, pertama: **Pemeriksaan jantung baru dilakukan setelah operasi,**

Menurut dr. Januar, pengurus Ikatan Dokter Indonesia, operasi yang dilakukan terhadap Siska, tak memerlukan pemeriksaan penunjang, seperti pemeriksaan jantung. "Operasinya bersifat darurat, cepat, dan segera. Karena jika tidak dilakukan, bayi dan pasien pasti meninggal," ucap dokter kandungan ini (Tempo 27 November 2013).

Kedua: **Penyebab kematian masuknya udara ke bilik kanan jantung. Ini karena saat pemberian obat atau infus karena komplikasi persalinan.** Menurut O.C. Kaligis, pengacara Ayu, putusan Mahkamah Agung tak berdasar. Dalam persidangan di pengadilan negeri, kata Kaligis, sudah dihadirkan saksi ahli kedokteran yang menyatakan Ayu dan dua rekannya tak melakukan kesalahan prosedural (Tempo 27 November 2013).

Para saksi itu antara lain Reggy Lefran, dokter kepala bagian jantung Rumah Sakit Profesor Kandou Malalayang; Murhady Saleh, dokter spesialis obygin Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Soebroto, Jakarta; dan dokter forensik Johanis. Dalam sidang itu, misalnya, dokter forensik Johanis menyatakan hasil *vi sum et repertum emboli* yang menyebabkan pasien meninggal **BUKAN** karena hasil operasi (Tempo 27 November 2013).

Kasus itu, kata dia, jarang terjadi dan tidak dapat diantisipasi. Para ahli itu juga menyebutkan Ayu, Hendry, dan Hendy telah menjalani sidang Majelis Kehormatan Etik Kedokteran pada 24 Februari 2011. Hasil sidang

menyatakan ketiganya telah melakukan operasi sesuai dengan prosedur (Tempo 27 November 2013).

Ketiga: Terdakwa tidak punya kompetensi operasi karena hanya *residence* atau mahasiswa dokter spesialis dan tak punya surat izin praktek (SIP) Ketua Persatuan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI) dr. Nurdadi, SPOG dalam wawancara dengan sebuah stasiun televisi mengatakan tidak benar mereka tidak memiliki kompetensi. "Mereka memiliki kompetensi. Pendidikan kedokteran adalah pendidikan berjenjang. Bukan orang yang tak bisa operasi dibiarkan melakukan operasi," katanya. Soal surat izin praktek juga dibantah. Semua mahasiswa kedokteran spesialis yang berpraktek di rumah sakit memiliki izin. Kalau tidak, mana mungkin rumah sakit pendidikan seperti di RS Cipto Mangunkusumo mau mempekerjakan para dokter itu (Tempo 27 November 2013).

Keempat: Terjadi pembiaran pasien selama delapan jam. Menurut Januar, pengurus Ikatan Dokter Indonesia, saat menerima pasien Siska, Ayu telah memeriksa dan memperkirakan pasien tersebut bisa melahirkan secara normal. Namun, hingga pukul 18.00, ternyata hal itu tak terjadi. "Sehingga diputuskan operasi," ujar Januar (Tempo 27 November 2013).

Sesuai prosedur kedokteran saat air ketuban pecah, biasanya dokter akan menunggu pembukaan leher rahim lengkap sebelum bayi dilahirkan secara normal. Untuk mencapai pembukaan lengkap, pembukaan 10,

butuh waktu yang berbeda-beda untuk tiap pasien. Bisa cepat bisa berjam-jam. Menunggu pembukaan lengkap itulah yang dilakukan dokter Ayu (Tempo 27 November 2013).

Dalam kasus dokter Ayu, terjadi *mis communication* antara dokter dengan keluarga pasien, keluarga korban menganggap bahwa dokter Ayu menelantarkan korban selama delapan jam, padahal dokter Ayu tidak menelantarkan korban selama delapan jam tetapi dokter Ayu memperkirakan bahwa pasien dapat melahirkan secara normal, tetapi ternyata tidak karena sampai delapan jam pasien tidak melahirkan oleh sebab itu dilakukanlah operasi secara darurat karena apabila tidak segera dilakukan operasi, pasien dan bayi pasien dapat tidak tertolong.

Inilah pentingnya membangun keakraban dengan pasien atau dengan keluarga pasien terlebih dahulu, agar dokter dan keluarga pasien dapat terhindar dari *mis communication*, karena keakraban yang tidak terjalin sejak awal besar sekali risikonya terjadi *mis communication*. Apabila terjalin komunikasi yang baik antara dokter dengan pasien atau keluarga pasien kesalahpahaman ini tidak akan terjadi.

Terjalannya komunikasi yang baik antara dokter dengan pasien atau keluarga pasien, akan membuat keluarga pasien paham tindakan apa saja yang akan dilakukan oleh dokter, sehingga nanti apabila terjadi kesalahan atau hal yang tidak terduga, keluarga pasien sudah paham risiko yang terjadi apabila dilakukan sebuah tindakan.

Sejak awal dokter seharusnya senantiasa menjelaskan risiko apa saja yang bisa terjadi apabila dilakukan sebuah tindakan, dan sebaiknya dokter menjelaskan mengenai prosedural dalam pembedahan sehingga keluarga pasien bisa paham tindakan-tindakan apa saja yang dilakukan oleh dokter dan risiko medis apa saja yang dapat terjadi. Komunikasi diantara keduanya dinilai sangat penting, kedua belah pihak harus sama-sama saling memahami agar dapat meminimalisir risiko dan tentu saja agar dapat terhindar dari *mis communication*.

Selain wajib menjalin komunikasi yang baik dengan pasien atau keluarga pasien, dokter benar-benar harus dapat memberikan rasa aman kepada pasien terutama apabila saat dokter akan menyampaikan penyakit pasien yang tergolong parah, disinilah komunikasi risiko dokter dengan pasien berperan. Dokter harus bersikap hati-hati dalam penyampaian informasi yang mengandung risiko ini, apabila dokter tidak berhati-hati akan mengakibatkan pasien merasa stres atau terbebani jiwanya karena mengetahui sakit yang dideritanya tergolong penyakit yang parah.

Komunikasi risiko bukan saja pada saat penyampaian dokter kepada pasien mengenai penyakit parah saja, tetapi juga pada saat dokter akan memeriksa pasien, dokter harus dapat melihat situasi dan kondisi pasien, yang dimaksudkan dalam hal ini adalah apabila saat melakukan pemeriksaan dokter melakukan atau memberikan candaan kepada pasien disaat waktu dan psikis pasien yang tidak tepat, yang akan berakibat pada pasien akan merasa takut, bukan membuat pasien merasa lebih tenang tetapi malah akan membuat dampak yang buruk bagi psikis pasien.

Dokter boleh saja memberikan semacam candaan kepada pasien, hal ini memang dapat membuat pasien merasa lebih tenang, tetapi dokter haruslah melihat situasi dan kondisi pasien. Apabila dokter memberikan candaan di waktu dan kondisi yang tidak tepat, malah akan membuat pasien merasa terbebani.

Dokter juga harus selalu sigap menanyakan kepada pasien apakah pasien tersebut memiliki riwayat akan alergi sebuah obat atau tidak, ini penting ditanyakan saat akan memberikan obat kepada pasien, karena apabila pasien ternyata mengalami alergi akibat tidak dilakukan tes terlebih dahulu, kasus ini bisa masuk dalam kategori malpraktik.

Pertanyaan kepada pasien mengenai adanya riwayat alergi atau tidak adalah merupakan hal yang penting, hal tersebut merupakan tanggung jawab pihak medis, dalam hal ini yaitu dokter. Pertanyaan yang sepele memang tetapi bisa menjadi hal yang sangat berbahaya yang dapat mengancam jiwa pasien apabila terjadi kesalahan.

Penelitian terhadap alergi obat sudah sering dilakukan. Beberapa penelitian mengungkapkan reaksi yang tidak diinginkan pada penggunaan obat terjadi sekitar 2% dari sejumlah pasien yang mengonsumsi obat. Reaksi alergi obat ini biasanya ringan. Namun, menurut spesialis kulit dan kelamin dr. Dewi Inong Irena, Sp.KK. di Jakarta, alergi yang diterima tubuh bukan hanya karena obat berbahan kimia. Minuman suplemen, obat herbal bahkan jamu, dapat menimbulkan reaksi alergi. Indikasinya pun hampir mirip dengan obat kimia (Suara Merdeka, 08 Februari 2010).

Alergi adalah reaksi yang berlebihan terhadap apa pun yang dimasukkan ke dalam tubuh termasuk obat. Ketika diminum, di dalam tubuh terdapat proses sentesis yang akhirnya menimbulkan penolakan berlebihan yang tidak mengenakan sehingga merugikan tubuh sendiri. Reaksinya bisa berupa gatal, sesak napas, penurunan tekanan darah, reaksi kulit disertai kelainan pada selaput lendir saluran cerna hingga sindrom Stevens-Johnson dan Toksik Epidermal Nekrolizing (TEN). Reaksi yang ditimbulkan tergantung dari tubuh orang tersebut, setiap orang bisa berbeda, tidak bisa diprediksi, oleh karena itu hal ini tidak boleh disepelekan (Suara Merdeka, 08 Februari 2010).

Untuk menghindari terjadinya alergi obat, perlu kerja sama antara pasien dan dokter. Pasien harus mengemukakan pengalamannya menggunakan obat selama ini, apakah obat tertentu membuat tubuh alergi atau dicurigai menimbulkan alergi. Dokter Dewi menyarankan bagi yang telah terserang gejala seperti di atas segera memeriksakan ke dokter. Nantinya, dokter akan memberikan semacam kartu kepada pasien yang berisi catatan alergi pasien, sehingga dia tidak akan memberikan obat yang sama pada pasien tersebut (Suara Merdeka 08 Februari 2010).

Penulis ingin melihat komunikasi risiko yang terjadi antara dokter dengan pasien seperti bahasa yang dikeluarkan oleh dokter saat mendiagnosa penyakit pasien, mimik muka dokter saat mendengarkan keluhan pasien, bahasa tubuh yang dikeluarkan dokter saat menangani pasien, cara dokter menenangkan pasien, hal-hal inilah yang ingin penulis amati dan teliti.

Seberapa jauh dokter dapat memahami keluhan yang dilontarkan pasien kepada dokter. Peneliti juga ingin melihat situasi komunikasi yang terjadi antara dokter dengan pasien ditempat yang berbeda seperti antara klinik dengan rumah sakit.

B. Rumusan Masalah

Berdasar latar belakang yang telah dipaparkan oleh penulis, maka diambil sebuah rumusan masalah yaitu: “Bagaimana komunikasi risiko yang terjadi antara dokter dengan pasien?”

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini memiliki tujuan mengetahui komunikasi risiko yang terjadi antara dokter dengan pasien.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat Akademik

Penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi dan wacana bagi peneliti dan para akademisi yang mempelajari mengenai perilaku komunikasi risiko yang terjadi antara dokter dengan pasien.

Manfaat Praktis

Memberikan kontribusi untuk para dokter mengenai komunikasi risiko yang terjadi antara dokter dengan pasien.

E. Kerangka Teori

1. Komunikasi

Di dalam kehidupan sehari-hari, komunikasi yang baik sangat penting untuk berinteraksi antar personal maupun antar masyarakat agar terjadi keserasian dan mencegah konflik dalam lingkungan masyarakat. Komunikasi sendiri memiliki banyak definisi menurut para pakar. Istilah komunikasi berpangkal pada perkataan latin *Communis* yang artinya membuat kebersamaan atau membangun kebersamaan antara dua orang atau lebih.

Banyak para ahli yang menyatakan beberapa definisi dari komunikasi seperti, sebuah definisi singkat dibuat oleh Harold D. Lasswell (Cangara 1998:17) bahwa cara yang tepat untuk menerangkan suatu tindakan komunikasi ialah menjawab pertanyaan “siapa yang menyampaikan, apa yang disampaikan, melalui saluran apa, kepada siapa dan apa pengaruhnya”, kemudian definisi dari John B. Hobben (Deddy Mulyana 2005:55) mengasumsikan bahwa komunikasi itu (harus) berhasil: “Komunikasi adalah pertukaran verbal pikiran atau gagasan”.

Asumsi dibalik definisi tersebut adalah bahwa suatu pikiran atau gagasan secara berhasil dipertukarkan. Definisi lain muncul dari Carl I. Hovland, seorang sarjana psikologi yang menaruh perhatian pada perubahan sikap mendefinisikan komunikasi sebagai “proses dimana seseorang (komunikator) menyampaikan perangsang-perangsang

(biasanya lambang-lambang dalam bentuk kata-kata) untuk mengubah tingkah laku orang lain (komunikate) (Purba 2006:29-30).

Richard West dan Lynn Turner dalam bukunya *Introducing Communication Theory* mendefinisikan komunikasi adalah proses sosial di mana individu menggunakan simbol-simbol untuk menciptakan dan menginterpretasikan makna dalam lingkungan mereka (West & Turner 2009:5).

2. Komunikasi Risiko

Istilah risiko sudah biasa dipakai dalam kehidupan kita sehari-hari, yang kita umumnya secara intuitif sudah memahami yang dimaksudkan, tetapi pengertian secara ilmiah dari risiko sampai saat ini masih tetap beragam. Terdapat lima macam pengertian mengenai risiko, yang dikutip dalam (Djojosoedarso,1999:1) yaitu: menurut Arthur Williams dan Richard, M.H menyatakan bahwa risiko adalah suatu variasi dari hasil-hasil yang dapat terjadi selama periode tertentu.

Menurut Abas Salim menyatakan bahwa risiko adalah ketidaktentuan (*uncertainty*) yang mungkin melahirkan peristiwa kerugian (*loss*). Menurut Soekarto, risiko adalah ketidakpastian atas terjadinya suatu peristiwa. Menurut Herman Darmawi terdapat dua pengertian dari risiko yaitu yang pertama penyebaran atau penyimpangan hasil aktual dari hasil yang diharapkan probabilitas sesuatu hasil atau *outcome* yang berbeda dengan yang diharapkan.

Risiko timbul karena adanya ketidakpastian, yang berarti ketidakpastian adalah merupakan kondisi yang menyebabkan tumbuhnya risiko, karena mengakibatkan keragu-raguan seseorang mengenai kemampuannya untuk meramalkan kemungkinan terhadap hasil-hasil yang akan terjadi di masa mendatang. (Soeismo Djojosoedarso, 1999: 2)

Dimana kondisi yang tidak pasti itu karena berbagai sebab, antara lain: tenggang waktu antara perencanaan suatu kegiatan sampai kegiatan itu berakhir atau menghasilkan, dimana makin panjang tenggang waktunya makin besar ketidakpastiannya, kemudian keterbatasan informasi yang tersedia yang diperlukan dalam penyusunan rencana, dan yang terakhir keterbatasan pengetahuan atau kemampuan atau teknik pengambilan keputusan dari perencana. (Soeismo Djojosoedarso, 1999: 2)

Menurut (Soeismo Djojosoedarso, 1999: 2), secara garis besar ketidakpastian dapat diklasifikasikan ke dalam: Ketidakpastian ekonomi (*economic uncertainty*), yaitu kejadian-kejadian yang timbul sebagai akibat kondisi dan perilaku dari pelaku ekonomi, misalnya: perubahan sikap konsumen, perubahan selera konsumen, perubahan harga, perubahan teknologi, penemuan baru dan sebagainya. Ketidakpastian alam (*uncertainty of nature*), yaitu ketidakpastian yang disebabkan oleh alam, misalnya badai, banjir, gempa bumi, kebakaran dan sebagainya. Ketidakpastian kemanusiaan (*human uncertainty*), yaitu ketidakpastian yang disebabkan oleh perilaku manusia, seperti: peperangan, pencurian, penggelapan, pembunuhan dan sebagainya.

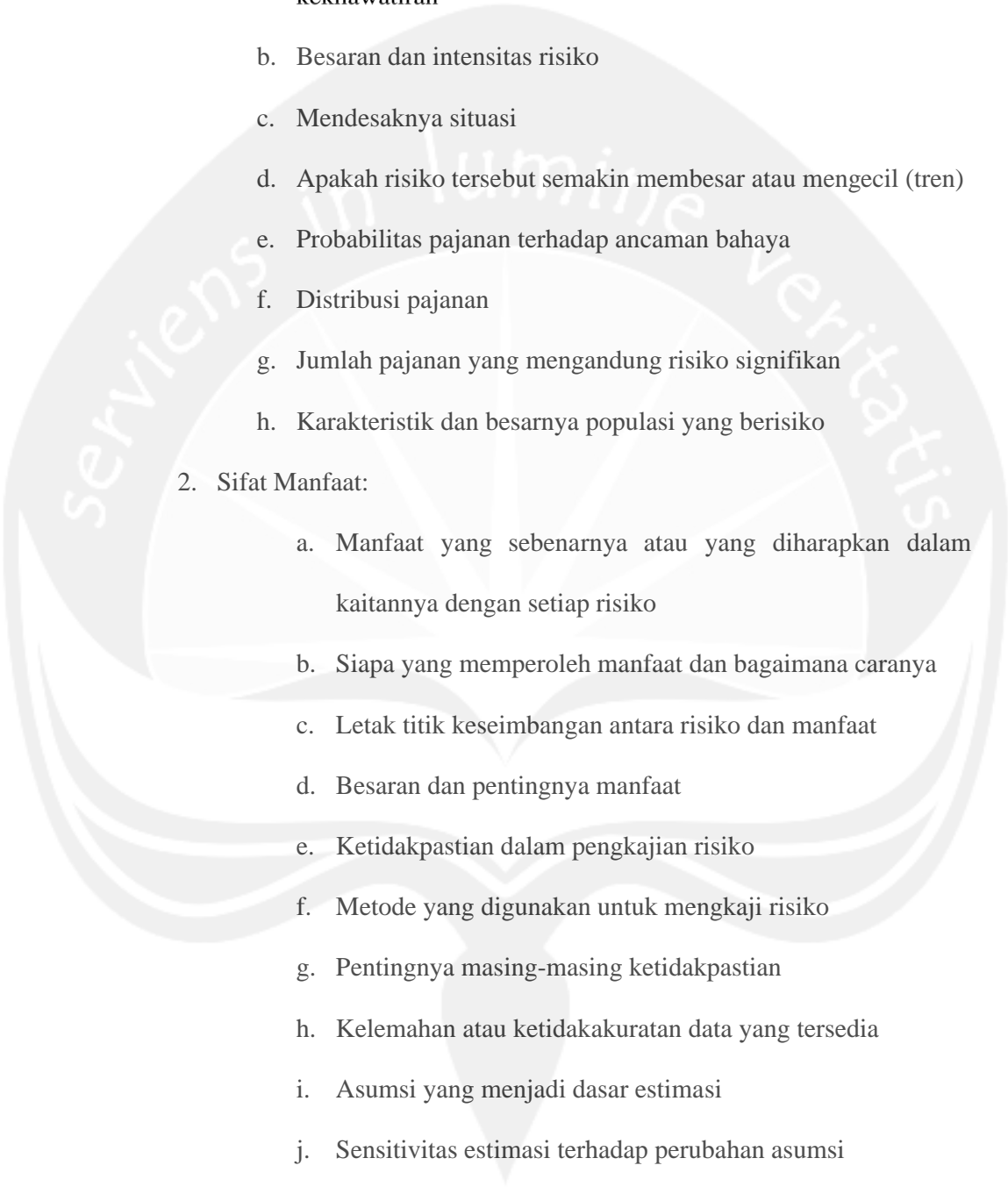
Menurut (Covello 1992:65) komunikasi risiko adalah kegiatan menyampaikan informasi diantara pihak-pihak yang terlibat tentang: tingkat resiko kesehatan atau lingkungan, pemaknaan kesehatan, lingkungan dan keputusan dan yang terakhir adalah kegiatan atau kebijakan yang ditujukan untuk mengelola dan mengontrol resiko kesehatan atau lingkungan.

Menurut laporan FAO/WHO (1998), tujuan dari komunikasi risiko diantaranya adalah:

- a. Memperbaiki efektivitas dan efisiensi proses analisis risiko
- b. Mempromosikan konsistensi dan transparansi dalam mengimplementasikan keputusan-keputusan manajemen risiko
- c. Mempromosikan kepedulian dan pemahaman isu-isu spesifik dari proses analisis risiko
- d. Memperkuat hubungan kerja serta saling menghormati antara asesor risiko dengan pihak manajemen
- e. Saling tukar menukar informasi antara pihak-pihak yang tertarik dengan analisis risiko dan manajemen
- f. Meningkatkan kepercayaan dan keyakinan publik terhadap analisis risiko dan manajemen

Unsur-unsur komunikasi risiko menurut Witono Adiyoga (1999: 4)

1. Sifat Risiko:

- 
- a. Karakteristik dan pentingnya ancaman bahaya yang menjadi kekhawatiran
 - b. Besaran dan intensitas risiko
 - c. Mendesaknya situasi
 - d. Apakah risiko tersebut semakin membesar atau mengecil (tren)
 - e. Probabilitas pajanan terhadap ancaman bahaya
 - f. Distribusi pajanan
 - g. Jumlah pajanan yang mengandung risiko signifikan
 - h. Karakteristik dan besarnya populasi yang berisiko

2. Sifat Manfaat:

- a. Manfaat yang sebenarnya atau yang diharapkan dalam kaitannya dengan setiap risiko
- b. Siapa yang memperoleh manfaat dan bagaimana caranya
- c. Letak titik keseimbangan antara risiko dan manfaat
- d. Besaran dan pentingnya manfaat
- e. Ketidakpastian dalam pengkajian risiko
- f. Metode yang digunakan untuk mengkaji risiko
- g. Pentingnya masing-masing ketidakpastian
- h. Kelemahan atau ketidakakuratan data yang tersedia
- i. Asumsi yang menjadi dasar estimasi
- j. Sensitivitas estimasi terhadap perubahan asumsi
- k. Efek perubahan estimasi terhadap keputusan manajemen risiko

3. Pilihan Manajemen Risiko

- a. Tindakan yang diambil untuk mengendalikan atau memanajemen risiko
- b. Tindakan yang dilakukan seseorang untuk mengurangi risiko perseorangan
- c. Pembetulan dalam memilih pilihan manajemen risiko yang spesifik
- d. Keefektifan sebuah pilihan yang spesifik
- e. Manfaat sebuah pilihan yang spesifik
- f. Risiko yang tetap ada setelah sebuah pilihan manajemen risiko diimplementasikan

Hambatan-hambatan yang berhubungan dengan Komunikasi Risiko menurut Witono Adiyoga (1999:6)

a. Perbedaan dalam persepsi:

Manusia dari segmen masyarakat berbeda atau dari masyarakat yang memiliki orientasi nilai yang berbeda akan memandang fakta ilmiah yang sama secara berbeda. Kekhawatiran tentang biaya pada sudut pandang mengenai cara pengelolaan risiko yang terbaik akan bervariasi antar individu maupun sub-populasi. Ekspos terhadap bahaya serta komitmen untuk menganalisis risiko akan berbeda dari orang ke orang. Efektivitas komunikasi risiko akan meningkat pada

saat orang menjadi peduli tentang adanya perbedaan persepsi serta alasan-alasan yang menyebabkan terjadinya perbedaan tersebut.

b. Perbedaan dalam Reseptivitas atau penerimaan

Berdasarkan persepsi risiko yang serupa, kekhawatiran orang tentang risiko tersebut juga akan berbeda. Sebagian orang akan menimbang satu persen peluang kegagalan suatu teknologi sebagai sesuatu yang dapat diterima, sedangkan sebagian lain menganggap bahwa peluang kegagalan tersebut terlalu berisiko

c. Kurangnya pemahaman mengenai proses ilmiah

Kebanyakan orang yang tidak memiliki pemahaman lengkap mengenai proses ilmiah, bukan semata-mata karena yang bersangkutan pendidikan formalnya rendah atau kesadarannya terhadap isu-isu sosial kurang, tetapi karena ketidakpeduliannya terhadap ilmu pengetahuan. Orang yang berpendidikan tinggi saja banyak yang kurang peduli terhadap ilmu pengetahuan. Oleh karena itu, komunikasi risiko harus menggunakan terminologi-terminologi non-teknis untuk mengatasi hambatan-hambatan yang berkaitan dengan ketidakpedulian (*ignorance*). Dalam hal ini, komunikasi risiko juga harus dapat memberikan edukasi kepada publik mengenai proses ilmiah atau ilmu pengetahuan.

d. Kredibilitas sumber informasi

Kepercayaan terhadap sumber informasi teknologi baru merupakan faktor penting yang mempengaruhi opini publik.

Kepercayaan ini berhubungan erat dengan persepsi menyangkut keahlian (*expert*), akurasi dan kekhawatiran berkenaan dengan kesejahteraan masyarakat atau publik. Ketidakpercayaan akan semakin meningkat sejalan dengan kecurigaan terhadap adanya penyimpangan atau bias atau konflik kepentingan. Sekali hilang, kepercayaan ini akan sangat sukar dipulihkan.

e. Efek atau pengaruh media

Kebanyakan orang menerima informasi teknologi baru dari media. Oleh karena hanya sebagian kecil reporter yang memiliki latar belakang kuat mengenai iptek, maka ketergantungan tinggi kepada ilmuwan untuk mempresentasikan informasi iptek secara jelas dan singkat dengan menggunakan bahasa non-teknis akan terjadi. Reporter di satu sisi secara etis terikat untuk mempresentasikan informasi tersebut berdasarkan sudut pandang yang berbeda dengan apa yang dianggap oleh seorang ilmuwan sebagai kebenaran. Ilmuwan seringkali menaruh media sebagai penyebab terjadinya kontroversi publik yang seharusnya dapat dihindarkan seandainya media tidak mempresentasikan pandangan-pandangan dari kelompok oposisi. Hal ini mengimplikasikan perlunya pelatihan ketrampilan media bagi komunikator risiko serta perlunya pelatihan iptek bagi reporter.

f. Karakteristik-karakteristik sosial

Hambatan bahasa, perbedaan budaya, buta huruf, hambatan geografis, diskriminasi, eksploitasi kekuasaan dan berbagai karakteristik masyarakat lainnya akan sangat berpengaruh terhadap persepsi risiko, penerimaan pesan-pesan risiko, kredibilitas sumber informasi, serta opini mengenai risiko. Oleh karena itu, perbedaan-perbedaan sosial yang mungkin dapat mempengaruhi persepsi dan efektivitas komunikasi risiko perlu diidentifikasi secara teliti.

Pesan kesehatan masyarakat terkait dan mirip dengan pesan risiko, tetapi dengan tujuan tambahan perubahan perilaku manusia, meskipun pesan kesehatan sering mengandung unsur persuasi mereka tetap harus didasarkan pada pemahaman kekhawatiran masyarakat, kebutuhan dan insentif untuk bertindak. (Regina E. Lundgren & Andrea H. Mc Makin 2009: 112)

Peneliti komunikasi kesehatan, Kim Witte dan rekan-rekannya merekomendasikan proses rinci untuk analisis pendengar dan pengembangan pesan berdasarkan penelitian komunikasi (Witte et al tahun 2001) dalam buku Risk Communication oleh Lundgren & Mc Makin 2009: 112 yaitu:

- a. Mengidentifikasi ancaman kesehatan, respon yang direkomendasikan, dan target pembaca.
- b. Melakukan penelitian formatif tentang keyakinan khalayak sasaran tentang ancaman termasuk keyakinan untuk

mengubah, memperkuat, atau memperkenalkan.

mengembangkan satu atau lebih profil penonton anggota khusus audiens target Anda, termasuk praktik gaya hidup keyakinan budaya, nilai-nilai agama dan sebagainya

- c. Daftar saluran sumber dan pesan preferensi memastikan mereka cocok dengan nilai-nilai penonton, karakteristik demografi dan kebutuhan
- d. Menentukan tahap kesiapan *change* (menyadari atau apatis tentang *threat* kesehatan, mengingat perubahan, mempersiapkan untuk mengubah tindakan, perilaku pemeliharaan) untuk anggota audiens profil Anda dan menggambarkan ide-ide untuk memindahkan mereka ke tahap berikutnya.
- e. Mengembangkan dan pesan pengujian menggunakan penelitian di atas dan menggunakan teori-teori komunikasi yang address persuasi dan perubahan perilaku.
- f. Menyampaikan pesan dan mengukur kepercayaan dan atau hasil perubahan perilaku.

University of Unit Kesehatan Komunikasi Toronto mempromosikan tips berikut untuk pengembangan pesan kesehatan, juga didasarkan pada penelitian komunikasi:

- a. Menangkap dan mempertahankan perhatian masyarakat artinya bahwa semakin kita dapat melibatkan masyarakat untuk berpikir tentang pesan semakin besar kemungkinan mereka untuk melakukan perubahan sikap

pengetahuan dan perilaku. Pertimbangkan untuk menggunakan emosional melibatkan adegan, visual yang hidup dan bahasa hidup.

- b. Memberikan poin terkuat di awal pesan, artinya bahwa ini adalah informasi yang paling penting untuk meyakinkan masyarakat untuk mengadopsi perilaku yang dianjurkan.
- c. Memiliki pesan yang jelas artinya bahwa masyarakat dapat dengan mudah memahami tindakan Anda meminta mereka untuk melakukan hal yang kita inginkan.
- d. Menentukan tindakan yang cukup mudah artinya bahwa seperti bukannya memberitahu orang-orang untuk berhenti merokok yang tentu saja akan langsung diabaikan oleh orang tersebut. Anda bisa meminta mereka untuk menandatangani kartu untuk berkomitmen seminggu bebas asap rokok, atau memberikan mereka tips pada hari pertama bagaimana berhenti merokok. Hal tersebut juga membantu untuk menunjukkan teladan dan menunjukkan perilaku yang diinginkan.
- e. Menggunakan insentif efektif artinya bahwa menggunakan berbagai insentif termasuk fisik, ekonomi, psikologis, sosial dan moral. Pastikan masyarakat peduli tentang insentif dan berpikir bahwa mereka bisa berubah, atau pastikan mereka berpikir bahwa mereka dapat mengubah perilaku mereka.
- f. Memberikan bukti yang baik untuk ancaman dan manfaat, artinya bahwa orang yang sudah tertarik cenderung akan

menanggapi kutipan pakar, dokumentasi, dan statistik.

Orang-orang yang tidak terlibat, mungkin lebih menanggapi contoh kasus didramatisasi dan testimonial.

g.Menggunakan pesan yang dapat dipercaya artinya bahwa jangan membuat klaim yang ekstrim atau menggunakan contoh ekstrim.

h.Menggunakan nada yang sesuai untuk para masyarakat dan topik artinya bahwa memilih nada serius tetapi tidak memberitakan atau mendikte sehingga masyarakat dapat menanggapi dengan santai.

i.Menggunakan daya tarik yang sesuai untuk masyarakat, pertimbangkan penonton apakah mereka tertarik dengan topik yang kita bawa.

j.Tidak menyinggung artinya bahwa jangan sampai kita menyalahkan seseorang yang tidak sehat tetapi lebih menyoroti pada keadaan lingkungan yang membuat masyarakat tidak sehat.

k.Menampilkan identitas organisasi yang jelas dengan setiap pesan artinya bahwa mengidentifikasi elemen dapat mencakup nama organisasi, pernyataan posisi atau platform logo, slogan, dan gambar. Mengidentifikasi elemen membantu orang mengingat dan menghubungkan pesan kampanye dari waktu ke waktu.

1. Memilih utusan yang melihat sebagai sumber informasi yang kredibel oleh khalayak. Utusan adalah mereka yang memberikan informasi, menunjukkan perilaku atau memberikan testimonial. Utusan bisa berkisar dari selebriti, pejabat publik dan orang sukses. Kredibilitas utusan ditingkatkan oleh anggapan adanya keahlian dan kejujuran serta dilihat adanya kemiripan dengan target audiens.

Komunikasi merupakan rangkaian proses pengalihan informasi dari satu orang kepada orang lain dengan maksud tertentu (Liliweri, 2007:4). Komunikasi merupakan interaksi antarpribadi yang menggunakan sistem simbol linguistik, seperti sistem simbol verbal (kata-kata), verbal dan nonverbal yang dapat disosialisasikan secara langsung/ tatap muka atau melalui media lain (tulisan, oral dan visual).

Komunikasi adalah termasuk bagian terpenting dari peran perawat. Dalam dunia perawat komunikasi yang digunakan dalam penyembuhan pasien disebut KOMUNIKASI TERAPEUTIK. Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien (Indrawati, 2003:48).

Komunikasi terapeutik termasuk komunikasi interpersonal dengan titik tolak saling memberikan pengertian antar perawat dengan pasien. Persoalan mendasar dan komunikasi ini adalah adanya saling membutuhkan antara perawat dan pasien, sehingga dapat dikategorikan ke dalam

komunikasi pribadi di antara perawat dan pasien, perawat membantu dan pasien menerima bantuan (Indrawati, 2003:48).

Komunikasi terapeutik bukan pekerjaan yang bisa dikesampingkan, namun harus direncanakan, disengaja, dan merupakan tindakan profesional. Akan tetapi, jangan sampai karena terlalu asyik bekerja, kemudian melupakan pasien sebagai manusia dengan beragam latar belakang dan masalahnya (Arwani, 2003:50).

Manfaat komunikasi terapeutik adalah untuk mendorong dan menganjurkan kerja sama antara perawat dan pasien melalui hubungan perawat dan pasien. Mengidentifikasi, mengungkapkan perasaan dan mengkaji masalah dan evaluasi tindakan yang dilakukan oleh perawat (Indrawati, 2003:50).

Tujuan Komunikasi Terapeutik adalah membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan yang efektif untuk pasien, membantu mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan diri sendiri (Indrawati, 2003:48).

Kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien sangat dipengaruhi oleh kualitas hubungan perawat-klien, Bila perawat tidak memperhatikan hal ini, hubungan perawat-klien tersebut bukanlah hubungan yang memberikan dampak terapeutik yang mempercepat kesembuhan klien, tetapi hubungan sosial bias

3. Komunikasi Nonverbal

Manusia dalam keberadaannya memang memiliki keistimewaan dibandingkan dengan makhluk lainnya. Selain kemampuan daya pikirnya (*super rational*), manusia juga memiliki keterampilan berkomunikasi yang lebih indah dan lebih canggih (*super sophisticated of communication*), sehingga dalam berkomunikasi mereka bisa mengatasi rintangan jarak dan waktu.

Definisi kerja dari komunikasi nonverbal adalah pesan lisan dan bukan lisan yang dinyatakan melalui alat lain di luar alat kebahasaan (*oral and nonoral message expressed by other than linguistic means*) (Sendajaja, 2005: 227-228). Komunikasi nonverbal yang dikeluarkan dokter kepada pasien berpengaruh pula terhadap jiwa pasien. Simbol-simbol yang dikeluarkan oleh dokter berpengaruh besar terhadap perasaan pasien, karena pasien menaruh harapan yang besar kepada dokter.

Pasien selalu memperhatikan setiap apa yang dilakukan kepada sang pasien, maka dari itu dokter harus selalu berhati-hati dan cerdik dalam mengeluarkan simbol-simbol kepada pasien agar tidak terjadi *miscommunication* diantara keduanya. Dokter juga harus pandai dalam menafsir setiap pesan yang dikeluarkan oleh pasien, agar tidak terjadi salah tangkap, tidak hanya pasien yang harus berhati-hati dalam menangkap pesan nonverbal pasien, dokter harus melakukan sebaliknya.

Dokter yang hanya mengandalkan keahliannya saja dalam bidang medis sambil mengabaikan pentingnya komunikasi yang efektif dengan pasien, tentu akan sangat membahayakan kesehatan pasien dan karier dokter apabila terjadi kesalahan dalam mendiagnosa penyakit.

Perilaku nonverbal yang dilakukan oleh dokter terhadap pasien sangat mempengaruhi kesehatan pasien dokter yang dapat memberikan kenyamanan terhadap pasien akan membuat kejiwaan pasien menjadi lebih tenang, oleh sebab itu penting sekali dokter melakukan komunikasi nonverbal terhadap pasien yang ditanganinya agar pemeriksaan berjalan dengan lancar dan pasien bisa cepat sembuh.

Menurut Fiedman (1979) diambil dari buku *Health Communication A Handbook for Health Professionals* oleh Peter Guy Northouse (1985: 55), Pentingnya komunikasi nonverbal dalam perawatan kesehatan karena komunikasi nonverbal memiliki relevansi khusus dalam perawatan kesehatan terutama karena pasien memberikan perhatian yang serius terhadap komunikasi nonverbal dari para profesional dan para profesional, pada sisi lain sangat bersandar pada komunikasi nonverbal pasien.

Para pasien dan anggota keluarga sangat sensitif terhadap komunikasi nonverbal profesional karena berbagai alasan. Alasan yang pertama adalah lingkungan perawatan kesehatan menimbulkan rasa takut yang besar dan ketidakpastian pada pasien dan para anggota keluarga, yang kedua adalah adakalanya pasien meyakini bahwa para

profesional kesehatan tidak benar-benar jujur terhadap mereka dan yang ketiga adalah pasien dan anggota keluarga terkadang akan bersandar pada observasi nonverbal sebagai alat yang cepat memperoleh informasi, bahkan sebelum terjadinya interaksi verbal.

4. Komunikasi Verbal

Selain nonverbal, pasien juga sangat memperhatikan komunikasi verbal yang dikeluarkan oleh dokter, seperti perkataan atau nasehat yang disampaikan oleh dokter. Pasien yang menaruh harapan kepada dokter, tentu saja akan selalu mendengarkan apa yang disampaikan oleh dokter.

Simbol atau pesan verbal adalah semua jenis simbol yang menggunakan satu kata atau lebih. Bahasa dapat juga dianggap sebagai sistem kode verbal (Deddy Mulyana, 2005:65).

Maka dari itu dokter harus senantiasa mengetahui perkembangan kesehatan pasien agar tidak terjadi hal-hal yang dapat membahayakan pasien, harus terhindar dari yang namanya resiko medis. Komunikasi verbal adalah penggunaan kata-kata dalam menyampaikan pikiran, perasaan dan informasi.

Kesalahan utama dalam penyampaian kata-kata adalah digunakannya istilah medis yang hanya diketahui oleh profesi medis saja dan tidak dimengerti sama sekali oleh pasien. Penggunaan istilah medis hanya boleh digunakan pada pasien yang faham tentang hal itu dan tidak boleh digunakan pada pasien secara umum. (*Pedoman*

Pelayanan Kebidanan Dasar Berbasis Hak Asasi Manusia dan Keadilan Gender”

Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.Direktorat Bina Kesehatan Keluarga 2004)

Pasien yang tidak mengetahui istilah medis hanya akan mengikuti apa yang menjadi nasihat dokter saja, tidak berfikir bahwa bisa saja dokter melakukan kesalahan dalam mendiagnosa penyakit pasien.

Faktor lain yang mempengaruhi tingkat pemahaman pasien adalah volume informasi yang disampaikan. Penyedia layanan kesehatan harus memberi kesempatan pada pasien untuk mengingat pesan-pesan yang telah disampaikan. Pada umumnya pasien hanya dapat mengingat 3 hal utama pada setiap kali pertemuan, adalah hal yang sangat menguntungkan bila dapat disediakan sebuah informasi tertulis mengenai cara menegakkan diagnosa dan rekomendasi medis. (*Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar Berbasis Hak Asasi Manusia dan Keadilan Gender”* Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.Direktorat Bina Kesehatan Keluarga 2004).

Komunikasi verbal sangat diperlukan antara dokter dengan pasien agar terhindar dari yg namanya kesalahan medis, dokter yang tidak dapat melakukan komunikasi yang baik dengan pasien pasti cenderung akan terjadi salah diagnosa karena dokter tersebut tidak menanyakan apa yang menjadi keluhan dari sang pasien, padahal hal tersebut sangat penting ditanyakan agar pada saat dokter mendiagnosa penyakit pasien tidak terjadi kesalahan.

Dokter yang tidak bertanya kepada pasien bisa saja memberikan obat yang tidak sesuai dengan tubuh pasien, misal tubuh pasien tersebut tidak dapat menerima obat yang diberikan kepada dokter karena ternyata alergi terhadap obat tersebut.

Dokter yang tidak mengetahui karena tidak bertanya tentu saja dapat memberikan obat tersebut, pasien yang tidak mengetahui dunia medis, bisa saja hanya patuh terhadap nasihat dokter karena merasa dokter pasti tidak akan memberikan obat yang salah karena pasien percaya bahwa dokter pasti sudah berpengalaman dalam hal dunia medis. Seorang dokter spesialis pun ternyata dapat melakukan kesalahan dengan memberikan obat yang salah, karena tidak bertanya kepada pasien.

Pasien yang sudah sangat percaya kepada dokter tersebut karena adanya gelar spesialis tentu saja akan mempercayai nasihat yang diberikan oleh dokter. Bahasa dapat didefinisikan sebagai seperangkat simbol, dengan aturan untuk mengkombinasikan simbol-simbol tersebut, yang digunakan dan dipahami suatu komunitas.

F. Kerangka Konsep

Peristiwa komunikasi tidak mengenal tempat, dimana saja kita bisa melakukan aktivitas komunikasi dan aktivitas komunikasi dapat terjadi pada siapa saja, seperti komunikasi yang terjadi antara dokter dengan pasien. Seorang dokter memegang pengaruh penting bagi kesehatan seorang pasien, karena seorang dokter lebih memahami mengenai ilmu kedokteran dibandingkan dengan orang awam yang tidak belajar mengenai dunia kedokteran.

Di dalam profesi dunia kedokteran, komunikasi antara dokter dengan pasien merupakan sebuah kompetensi yang harus dikuasai oleh seorang dokter, kompetensi inilah yang menentukan keberhasilan seorang dokter dalam membantu masalah kesehatan pasien. (Konsil Kedokteran Indonesia, 2006:1).

Seorang dokter harus benar-benar memahami betul apa yang menjadi keluhan dari pasien tersebut, oleh sebab itu komunikasi antara dokter dengan pasien sangat diperlukan dalam hal ini. Biasanya komunikasi yang terjadi antara dokter dengan pasien terbilang singkat, dokter hanya menanyakan seperlunya saja, tidak ada waktu yang cukup untuk mereka saling berbincang-bincang, padahal perbincangan diantara keduanya sangat bermanfaat bagi dokter untuk dapat memahami lebih dalam apa yang menjadi keluhan atau penyakit yang dialami oleh pasien.

Untuk dapat berbincang lebih dalam kepada pasien memang bukan hal yang mudah sebab tidak mudah bagi dokter untuk menggali keterangan dari pasien karena memang tidak bisa diperoleh begitu saja. Perlu dibangun hubungan saling percaya yang dilandasi keterbukaan, kejujuran dan pengertian akan kebutuhan, harapan, maupun kepentingan masing-masing.

Dengan terbangunnya hubungan saling percaya diantara keduanya, pasien dengan leluasa akan memberikan keterangan yang benar dan lengkap sehingga dapat membantu dokter dalam mendiagnosis penyakit pasien secara baik dan memberi obat yang tepat bagi pasien. Di Indonesia, sebagian dokter merasa tidak mempunyai waktu yang cukup untuk

berbincang-bincang dengan pasiennya, sehingga hanya bertanya seperlunya. Akibatnya, dokter bisa saja tidak mendapatkan keterangan yang cukup untuk menegakkan diagnosis dan menentukan perencanaan dan tindakan lebih lanjut. Dari sisi pasien, umumnya pasien merasa dalam posisi lebih rendah di hadapan dokter (*superior-inferior*), sehingga takut bertanya dan bercerita atau hanya menjawab sesuai pertanyaan dokter saja (Konsil Kedokteran Indonesia, 2006:1).

Mengingat kesenjangan informasi dan pengetahuan yang ada antara dokter dan pasien, dokter perlu mengambil peran aktif. Ketika pasien dalam posisi sebagai penerima pesan, dokter perlu secara proaktif memastikan apakah pasien benar-benar memahami pesan yang telah disampaikan.

Dalam penyampaian ini, dokter bertanggung jawab untuk memastikan pasien memahami apa yang disampaikan. Keberhasilan komunikasi antara dokter dan pasien pada umumnya akan melahirkan kenyamanan dan kepuasan bagi kedua belah pihak, khususnya menciptakan satu kata tambahan bagi pasien yaitu *empati*.

Dokter benar-benar harus dapat memberikan rasa aman kepada pasien terutama apabila saat dokter akan menyampaikan penyakit pasien yang tergolong parah, disinilah komunikasi risiko dokter dengan pasien berperan. Dokter harus bersikap hati-hati dalam penyampaian informasi yang mengandung risiko ini, apabila dokter tidak berhati-hati akan mengakibatkan pasien merasa stres atau terbebani jiwanya karena mengetahui sakit yang dideritanya tergolong penyakit yang parah.

Komunikasi risiko bukan saja pada saat penyampaian dokter kepada pasien mengenai penyakit parah saja, tetapi juga pada saat dokter akan memeriksa pasien, dokter harus dapat melihat situasi dan kondisi pasien, yang dimaksudkan dalam hal ini adalah apabila saat melakukan pemeriksaan dokter melakukan atau memberikan candaan kepada pasien disaat waktu dan psikis pasien yang tidak tepat, yang akan berakibat pada pasien akan merasa takut, bukan membuat pasien merasa lebih tenang tetapi malah akan membuat dampak yang buruk bagi psikis pasien.

Dokter boleh saja memberikan semacam candaan kepada pasien, hal ini memang dapat membuat pasien merasa lebih tenang, tetapi dokter haruslah melihat situasi dan kondisi pasien. Apabila dokter memberikan candaan diwaktu dan kondisi yang tidak tepat, malah akan membuat pasien merasa terbebani.

Komunikasi adalah termasuk bagian terpenting dari peran perawat. Dalam dunia perawat komunikasi yang digunakan dalam penyembuhan pasien disebut KOMUNIKASI TERAPEUTIK. Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien (Indrawati, 2003:48).

Komunikasi terapeutik termasuk komunikasi interpersonal dengan titik tolak saling memberikan pengertian antar perawat dengan pasien. Persoalan mendasar dan komunikasi ini adalah adanya saling membutuhkan antara perawat dan pasien, sehingga dapat dikategorikan ke dalam komunikasi pribadi di antara perawat dan pasien, perawat membantu dan pasien menerima bantuan (Indrawati, 2003 : 48).

Dokter juga harus selalu sigap menanyakan kepada pasien apakah pasien tersebut memiliki riwayat akan alergi sebuah obat atau tidak, ini penting ditanyakan saat akan memberikan obat kepada pasien, karena apabila pasien ternyata mengalami alergi akibat tidak dilakukan tes terlebih dahulu, kasus ini bisa masuk dalam kategori malpraktik.

Pertanyaan kepada pasien mengenai adanya riwayat alergi atau tidak adalah merupakan hal yang penting, hal tersebut merupakan tanggung jawab pihak medis, dalam hal ini yaitu dokter. Pertanyaan yang sepele memang tetapi bisa menjadi hal yang sangat berbahaya yang dapat mengancam jiwa pasien apabila terjadi kesalahan.

Penelitian terhadap alergi obat sudah sering dilakukan. Beberapa penelitian mengungkapkan reaksi yang tidak diinginkan pada penggunaan obat terjadi sekitar 2% dari sejumlah pasien yang mengonsumsi obat. Reaksi alergi obat ini biasanya ringan. Namun, menurut spesialis kulit dan kelamin dr. Dewi Inong Irena, Sp.KK. di Jakarta, alergi yang diterima tubuh bukan hanya karena obat berbahan kimia. Minuman suplemen, obat herbal bahkan jamu, dapat menimbulkan reaksi alergi. Indikasinya pun hampir mirip dengan obat kimia (Suara Merdeka, 08 Februari 2010). Alergi adalah reaksi yang berlebihan terhadap apa pun yang dimasukkan ke dalam tubuh termasuk obat. Ketika diminum, di dalam tubuh terdapat proses sensitivitas yang akhirnya menimbulkan penolakan berlebihan yang tidak mengenakkan sehingga merugikan tubuh sendiri. Reaksinya bisa berupa gatal, sesak napas, penurunan tekanan darah, reaksi kulit disertai kelainan pada selaput lendir saluran cerna hingga sindrom

Stevens-Johnson dan Toksik Epidermal Nekrolizing (TEN). Reaksi yang ditimbulkan tergantung dari tubuh orang tersebut, setiap orang bisa berbeda, tidak bisa diprediksi, oleh karena itu hal ini tidak boleh disepelekan (Suara Merdeka, 08 Februari 2010).

Untuk menghindari terjadinya alergi obat, perlu kerja sama antara pasien dan dokter. Pasien harus mengemukakan pengalamannya menggunakan obat selama ini, apakah obat tertentu membuat tubuh alergi atau dicurigai menimbulkan alergi. Dokter Dewi menyarankan bagi yang telah terserang gejala seperti di atas segera memeriksakan ke dokter. Nantinya, dokter akan memberikan semacam kartu kepada pasien yang berisi catatan alergi pasien, sehingga dia tidak akan memberikan obat yang sama pada pasien tersebut (Suara Merdeka 08 Februari 2010).

Perilaku nonverbal yang dilakukan oleh dokter terhadap pasien sangat mempengaruhi kesehatan pasien dokter yang dapat memberikan kenyamanan terhadap pasien akan membuat kejiwaan pasien menjadi lebih tenang, oleh sebab itu penting sekali dokter melakukan komunikasi nonverbal terhadap pasien yang ditanganinya agar pemeriksaan berjalan dengan lancar dan pasien bisa cepat sembuh. Menurut Fiedman (1979) diambil dari buku Health Communication A Handbook for Health Profesionals oleh Peter Guy Northouse (1985: 55), Pentingnya komunikasi nonverbal dalam perawatan kesehatan karena komunikasi nonverbal memiliki relevansi khusus dalam perawatan kesehatan terutama karena pasien memberikan perhatian yang serius

terhadap komunikasi nonverbal dari para profesional dan para profesional, pada sisi lain sangat bersandar pada komunikasi nonverbal pasien.

Selain nonverbal, pasien juga sangat memperhatikan komunikasi verbal yang dikeluarkan oleh dokter, seperti perkataan atau nasehat yang disampaikan oleh dokter. Pasien yang menaruh harapan kepada dokter, tentu saja akan selalu mendengarkan apa yang disampaikan oleh dokter.

Simbol atau pesan verbal adalah semua jenis simbol yang menggunakan satu kata atau lebih. Bahasa dapat juga dianggap sebagai sistem kode verbal (Deddy Mulyana, 2005:65).

Oleh sebab itu, dokter harus senantiasa mengetahui perkembangan kesehatan pasien agar tidak terjadi hal-hal yang dapat membahayakan pasien, harus terhindar dari yang namanya resiko medis. Komunikasi verbal adalah penggunaan kata-kata dalam menyampaikan pikiran, perasaan dan informasi.

Jadi komunikasi risiko yang dimaksudkan dalam laporan ini adalah komunikasi antara dokter dengan pasien yang dalam komunikasi tersebut mengandung risiko, contohnya saat dokter memberikan diagnosa kepada pasien, dalam hal ini dokter harus menyiapkan strategi dalam hal penyampaian agar tidak membuat pasien merasa takut atau stres, pasien tidak boleh terbebani jiwanya.

Selain itu adanya komunikasi yang baik diantara keduanya agar terhindar dari malpraktik yang dapat merugikan pasien, misalnya mengenai pasien yang memiliki alergi terhadap suatu obat atau tidak.

Komunikasi yang mengandung risiko ini harus dapat dipraktekan sebaik-baiknya oleh dokter agar terhindar dari hal yang dapat membahayakan pasien.

F. Metodologi Penelitian

1. Jenis penelitian

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan jenis penelitian deskriptif yang bersifat kualitatif. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang tidak dimaksudkan untuk menguji hipotesis berdasarkan teori-teori tertentu (Singarimbun, 1995: 449). Penelitian deskriptif ditujukan untuk:

- a. Mengumpulkan informasi aktual secara rinci yang melukiskan segala gejala yang ada.
- b. Mengidentifikasi/memeriksa kondisi / praktek-praktek yang berlaku
- c. Membuat evaluasi
- d. Menyimpulkan apa yang dilakukan, serta menghadapi masalah yang sama dan belajar dari pengalaman-pengalaman mereka untuk menetapkan rencana keputusan pada waktu yang akan datang (Jalaludin Rakhmat, 1995: 25)

Metode deskriptif dapat diuraikan sebagai prosedur pemecahan masalah yang diselidiki dengan menggambarkan atau menuliskan keadaan subjek atau objek penelitian suatu organisasi, masyarakat dan lain-lain berdasarkan fakta-fakta yang tampak atau sebagaimana mestinya.

2. Sifat Penelitian

Sifat penelitian dalam laporan ini adalah deskriptif, menurut Jallaludin Rakhmat (1995:24) penelitian deskriptif hanya memaparkan situasi atau peristiwa, jadi tidak mencari atau menjelaskan, tidak menguji hipotesis atau membuat prediksi. Penelitian ini terbatas pada usaha mengungkapkan suatu masalah atau keadaan sebagaimana adanya sehingga bersifat sekedar untuk mengungkapkan fakta.

Hasil penelitian ditekankan pada memberikan gambaran secara obyektif tentang keadaan yang sebenarnya dari obyek yang diteliti. Adapun ciri-ciri dari metode deskriptif adalah memusatkan perhatian pada masalah-masalah yang ada pada saat penelitian dilakukan atau masalah-masalah yang bersifat aktual, menggambarkan fakta-fakta tentang masalah yang diselidiki sebagaimana mestinya. Selain ciri yang ditentukan untuk mengetahui lebih lanjut mengenai metode ini ada beberapa alasan yang melatar belakangi kenapa metode ini dibuat.

Hal ini dimuat dalam point tujuan dari metode ini. Adapun tujuan dari metode deskriptif ini adalah mengumpulkan informasi aktual secara terperinci yang melukiskan gejala yang ada, mengidentifikasikan masalah yang atau memeriksa kondisi dan praktek-praktek yang berlaku, membuat perbandingan atau evaluasi, memnentukan apa yang dilakukan orang lain dalam menghadapi masalah yang sama dan belajar dari pengalaman mereka untuk menetapkan rencana pada waktu yang akan datang.

3. Metode penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan metode studi kasus bagaimana komunikasi risiko yang terjadi antara dokter dengan pasien. Menurut Creswell (2002:56) struktur penulisannya terdiri dari penyampaian masalah, mendeskripsikan konteks atau studi kasus yang dibahas, pendeskripsian proses observasi didalam konteks tertentu, dan pengungkapan temuan akhir dari penyelidikan yang dilakukan.

4. Subyek Penelitian

Subyek penelitian ini adalah tiga orang dokter spesialis yang berbeda-beda. Dokter yang pertama adalah dr. C seorang dokter pria yang merupakan dokter Spesialis Obstetri & Ginekologi (Kebidanan dan Kandungan), kemudian dokter yang kedua adalah dr. P seorang dokter yang merupakan dokter Spesialis Penyakit Dalam dan dokter yang terakhir adalah drg. K seorang dokter gigi spesialis anak. Peneliti memilih tiga dokter ini dalam meneliti komunikasi risiko karena melihat ketiga dokter ini memiliki profesi yang erat kaitannya dengan risiko nyawa seseorang, karena ketiga dokter ini merupakan dokter yang menangani penyakit pasien yang tergolong dalam penyakit ringan hingga parah.

5. Obyek Penelitian

Objek penelitian dalam proses penulisan skripsi ini adalah komunikasi risiko tiga dokter dengan pasien, ketiga dokter yang dipilih oleh peneliti adalah dokter yang menangani pasien yang memiliki penyakit tidak parah hingga parah yaitu dokter kandungan, penyakit dalam

dan dokter gigi. Ketiga dokter yang peneliti pilih merupakan dokter Rumah Sakit Swasta di kota Yogyakarta, Rumah Sakit Pemerintah di Yogyakarta dan Klinik di kota Yogyakarta.

6. Teknik Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, penulis mengumpulkan data melalui:

Wawancara

Peneliti memakai teknik wawancara mendalam dalam penelitian ini dikarenakan ingin mengetahui betul duduk permasalahan yang peneliti jadikan sebagai rumusan masalah. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh Nasution (2003:73) bahwa dengan wawancara mendalam ini diharapkan dapat diperoleh bentuk-bentuk informasi tertentu dari semua responden dengan susunan kata dan urutan yang disesuaikan dengan ciri-ciri setiap responden.

Penulis akan melakukan wawancara dengan dokter mengenai hal-hal yang berhubungan dengan komunikasi risiko, seperti bagaimana kata-kata yang dikeluarkan dokter pada saat akan memeriksa kepada pasien, atau apa yang dilakukan dokter saat akan menanyakan keluhan yang dirasakan oleh pasien, bagaimana bahasa tubuh yang dikeluarkan pasien. Hal-hal inilah yang akan peneliti coba tanyakan pada saat melakukan wawancara dengan pasien.

Observasi

Observasi dalam Bahasa Indonesia sering digunakan istilah pengamatan. Menurut Sugiyono (2007:145) menjelaskan bahwa observasi merupakan suatu proses yang kompleks, suatu proses yang tersusun dari berbagai proses biologis dan psikologis. Dua diantara yang terpenting adalah proses-proses pengamatan dan ingatan.

Observasi yang dilakukan peneliti adalah melakukan pengamatan saat dokter berbicara dengan pasien atau pada saat dokter sedang memeriksa keadaan pasien. Penulis akan merekam semua pembicaraan yang terjadi antara dokter dengan pasien. Rekaman inilah yang akan digunakan peneliti dalam meneliti komunikasi risiko yang terjadi antara dokter dengan pasien, selain merekam komunikasi yang terjadi antara dokter dengan pasien, penulis juga akan mengamati kegiatan verbal dan nonverbal yang dilakukan dokter pada saat berbicara dengan pasien.

7. Lokasi penelitian

Terdapat 3 Lokasi penelitian:

- a. Rumah Sakit Swasta di kota Yogyakarta
- b. Rumah Sakit milik Pemerintah di Yogyakarta
- c. Klinik di kota Yogyakarta

8. Teknik Analisis Data

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif yang bersifat kualitatif. Data-data penelitian yang sudah dikumpulkan selanjutnya dilakukan analisis terhadap hasil-hasil yang sudah diperoleh di lapangan. Analisis data adalah

proses mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori dan satuan uraian dasar sehingga dapat ditemukan tema dan dapat dirumuskan hipotesis kerja seperti yang disarankan oleh data (Lexy J. Moleong, 2007: 103). Analisis kualitatif yang dilakukan dalam penelitian ini berusaha untuk memperlihatkan hasil penelitian melalui:

- a. Pengumpulan informasi secara aktual yang melukiskan gejala yang ada.
- b. Pengidentifikasian masalah atau memeriksa kondisi dan praktik-praktik yang berlaku.
- c. Membuat perbandingan atau evaluasi.

Analisis data berisi risiko komunikasi yang terjadi antara tiga orang dokter yang memiliki spesialis berbeda-beda dengan pasien yang kemudian diinterpretasikan dalam bentuk naratif.